fuerzos de la defecacion. Los polvos aromáticos y las lociones astrinjentes y tónicas que aconsejan algunos autores, cree Billard que ayudan poco á la accion de los medios mecánicos que se necesitan en tales casos para sostener al recto. Si la rijidez del esfínter del ano se opone á la introduccion de la membrana dislocada, debe vencerse antes aquella con los emolientes; y además siempre deben removerse las causas que contribuyen al prolapso, como la constipacion, etc.

§ IV.

De la calentura tifoídea.

Esta enfermedad ha sido verdaderamente conocida en la infancia en estos últimos tiempos, gracias á los progresos que ha hecho el arte del diagnóstico, pues los autores anteriores la tomaban á menudo por una afeccion cerebral ó por simples calenturas mucosas ó inflamatorias; y de ahí viene que se han considerado como raras en la infancia las calenturas que se llamaban *pútridas*, *malignas*, *nervosas*, *adinámicas*, *atáxicas*, *etc.*, las cuales, como se ha probado, entran en gran parte en el dominio de la tifoídea. Sin embargo muchas observaciones de algunos autores modernos muy recomendables y los datos estadísticos recojidos en los principales hospitales de niños, prueban bien que esta calentura es sumamente frecuente en la infancia; y aunque son poco esenciales las diferencias que presenta en ella, siendo casi iguales sus caractéres en la niñez y en las demás edades, sin embargo creemos que debemos ocuparnos algo en su esplicacion, á causa de que hasta ahora no se ha vulgarizado, si asi puede decirse, el conocimiento de esta afeccion con respecto á la infancia.

Anatomía patolójica. Entre las lesiones anatómicas las hay que son casi constantes y verdaderamente características, y se hallan en los folículos intestinales y en los ganglios mesentéricos, siendo con respecto á la calentura tifoídea lo mismo que las pústulas en las viruelas; y otras que pueden existir ó faltar segun los grados y complicaciones del mal.

Las alteraciones foliculares se presentan sucesivamente en el curso de la enfermedad en estado de erupcion, de ulceracion y de cicatrizacion; siendo á corta diferencia idénticas en las glándulas de Brunner y en las manchas de Peyer. En el primer caso se encuentran en los diferentes puntos de los intestinos delgados y gruesos, y en el segundo se limitan en los delgados, ocupan su borde libre y van haciéndose mas manifiestas á medida que se acercan mas al ciego: raras veces se limita la lesion á los folículos hacinados, y mas raramente aun en los aislados; en los mas de los casos ambos se hallan afectados simultàneamente.

En el período de erupcion que parece que dura hasta al décimo dia á corta diferencia, la lesion del aparato folicular hacinado presenta dos formas que regularmente se hallan reunidas en un mismo sujeto, y que se han señalado con el nombre de manchas *blandas* ó *reticulares*, y de *manchas duras* ó *estampadas*. Las blandas se presentan como una especie de redecilla membranosa compuesta de un gran número de pequeñas mallas que dejan entre sí intervalos deprimidos: el tejido mucoso que forma la red está siempre reblandecido y á veces hasta tal grado que cede á la presion; y por consiguiente el aumento de desarrollo y el reblandecimiento son los caractéres de estas manchas. Las duras son muy diferentes, en jeneral son muy prominentes y forman relieve por sus bordes encima de la mucosa, y son resistentes al tacto. Si, despues de haber hecho una incision perpendicular, se examinan los bordes de la seccion, se distingue primeramente la mucosa que todavía parece sana, y debajo de ella una capa del grosor de media línea ó línea y media, formada por una materia blanca ó amarillenta, homojénea, firme, quebradiza ó frájil, y de corte liso y brillante: quitada esta capa que distingue estas manchas de las primeras, se vé la túnica celular, la muscular y por fin la serosa.

En los folículos aislados se encuentran alteraciones análogas, los cuales á veces se hallan en un simple estado de turjescencia, y en otras su cavidad se halla llena por una materia semejante á la de las manchas duras.

El color de la membrana mucosa al nivel de las lesiones dotinentéricas, algunas veces es enteramente pálido, en otras es de un color rojo subido, y á menudo se halla en grados intermedios.

En el segundo período se establece de dos maneras la ulceracion, que no es una terminacion necesaria de ellas pero si muy frecuente; y asi puede empezar por la membrana mucosa que cubre los folículos alterados y estenderse poco á poco en anchura y profundidad: y algunas veces se forman muchas úlceras simultáneamente en la superficie de una mancha, y reuniéndose, constituyen una úlcera ancha, lo que tiene lugar en las manchas reticulares; ó bien se reblandece ó gangrena la materia sub-mucosa de las manchas duras, y se elimina por supuracion, arrastrando consigo la membrana mucosa en totalidad ó en parte. Los trozos de las manchas duras, cuando están colorados por la bilis, han recibido el nombre de escaras amarillas. La materia depositada en los folículos aislados se parece á menudo á un verdadero pus, cuya eliminacion deja una solucion de continuidad. Las úlceras, en jeneral, son ovales, prolongadas al nivel de las manchas, y redondeadas con respecto á los folículos aislados. Su estension y profundidad es variable y su fondo puede hallarse formado por la túnica celular sub-mucosa, por la muscular ó aun por la serosa. Por fin en otros casos mas raros, todas las membranas están perforadas y si no se han formado antes aderencias se encuentran derramadas en el peritoneo las materias intestinales. Los bordes de las úlceras, ora son delgados y están cortados perpendicularmente, ora gruesos, redondos, granujosos y bien organizados, ora aderentes, ora despegados; y el fondo, sea cual fuere la membrana que lo forme, es liso, unido, ó granujoso y desigual. Se ha dicho que, en los niños, el período de ulceracion empieza mas tarde que en el adulto; pero esta opinion no es exacta; pero es cierto que en ellos es mas rápida su cicatrizacion, la cual empieza del 15.º al 20.º dia á poca diferencia; y se conoce por la aproximacion de los bordes de la úlcera que se van borrando, y por la elevacion de su fondo que se llena de mamelones muy delgados. Cuando la cicatriz está mas adelantada y terminada, la mucosa apenas parece interrumpida; y sin embargo en el lugar de las úlceras es mas lisa, no tiene vellosidades, está lijeramente deprimida y á menudo tiene un color rojo subido: mas tarde algunas veces parece mas blanca que en las partes vecinas, y en fin al cabo de algun tiempo apenas pueden conocerse los mas lijeros vestijios de ellas.

Tales son las lesiones anatómicas que han proporcionado á esta enfermedad el nombre de *dotinenteria*: presentan mucha analojía con los exantemas de las fiebres eruptivas, y mayormente con las viruelas; pues que en todas estas enfermedades la erupcion no se halla siempre en relacion con la intensidad de la calentura ni de los demás accidentes; de manera que estos pueden ser muy violentos aunque sean muy pocos los folículos afectados y aun creemos con muchos autores que el exantema intestinal puede faltar completamente en las verdaderas calenturas tifoídeas; de manera que este es un carácter anatómico esencial y fundamental pero no indispensable del tifus esporádico. Además, asi como las lesiones que hemos descrito, cuando se hallan bien caracterizadas, pertenecen sin contradiccion esclusivamente á la calentura tifoídea; en algunos casos, particularmente en los niños, son menos manifiestas, se encuentran pocas ó ninguna úlcera y todas las manchas afectas tienen el aspecto reticular y no el estampado con materia sub-mucosa. Entonces es muy difícil el decidir por la inspeccion cadavérica sola si la lesion depende de una calentura tifoídea, pues que ya tenemos dicho que las diacrises foliculares presentan alguna analojía con respecto á esto: en tal caso podrá aclarar las dudas la comparacion de los síntomas que se han observado durante la vida con las lesiones anatómicas, sin olvidar la época en qué ha sobrevenido la muerte; pues que si un sujeto ha sucumbido á causa de una calentura tifoídea del 12.º al 20.º dia, se encontrarán probablemente úlceras, que faltarán si la calentura era mucosa ó escarlatinosa.

Los ganglios mesentéricos presentan alteraciones tan constantes como las de los folículos, y se diferencian tambien segun los períodos de la enfermedad. Al principio están hinchados, rojos y algunas veces pálidos, pero ya un poco reblandecidos y fláxidos; mas tarde el reblandecimiento es mas evidente y debido á una infiltracion de materia purulenta, blanca ó parduzca, íntimamente combinada con el tejido ganglionar; y á medida que vá progresando el mal, esta infiltracion se vá volviendo mas líquida; pero es muy raro que tenga todos los caractéres de un verdadero absceso. A pesar del estado muy adelantado de esta lesion, es probable que los ganglios pueden resolverse y curarse, pues que nunca, ó rarísimas veces, se ulce-

ran ni se abren en la cavidad del peritoneo. En jeneral las alteraciones de los ganglios y las de los folículos se corresponden en su sitio y en el grado á que han llegado; pero en casos raros se vé pus en los ganglios que reciben los vasos linfáticos procedente de manchas no ulceradas, ó úlceras foliculares muy adelantadas que corresponden á ganglios simplemente hinchados.

La lesion de los ganglios tiene un grande valor, porque parece que es esclusiva á la dotinenteria y que falta en las calenturas mucosas, aun en los casos en qué, siendo estas muy graves, se asemejan tanto, bajo otros puntos de vista, con las tifoídeas.

A mas de estas lesiones, deben tomarse en consideracion la hinchazon del bazo y el estado catarral de los bronquios; los cuales si bien que aisladamente son insignificantes, cuando coinciden con las lesiones intestinales y ganglionares, son muy importantes por su frecuencia en las calenturas tifoídeas. La hinchazon del bazo regularmente vá acompañada de reblandecimiento y de un color subido; y el catarro bronquial se conoce, como siempre, con las rubicundeces de la membrana mucosa y la abundancia y el aspecto puriforme del moco que se halla en su superficie: en muchos casos se halla tanto mas manifiesto cuanto mas inmediatas están las últimas ramificaciones aéreas que entonces se hallan mas ó menos dilatadas.

Pueden encontrarse además otras lesiones que pueden faltar, y constituyen simples complicaciones, ó bien nada tienen de característico ni en su sitio ni en su aspecto. Con respecto á la mucosa dijestiva, prescindiendo del estado de los folículos, al rededor de estos, cuando están alterados, á menudo presenta rubicundeces circunscritas y otros indicios de un trabajo inflamatorio mas bien reparador que desorganizador. Cuando se encuentra una verdadera inflamacion difusa hay motivos para creer que la dotinenteria se halla complicada con una enteritis ó gastritis: la gastro-enteritis propiamente dicha está lejos de ser frecuente; pues solamente en el primer período de la enfermedad, época en la cual sobreviene rarísimas veces la muerte, puede encontrarse una flógosis jeneral, que es simplemente eritematosa, en toda la estension de la mucosa dijestiva: si pasa á ulcerativa ó supurativa debe atribuirse á una verdadera complicacion. De esta manera se producen en algunos casos úlceras, regularmente superficiales y poco numerosas, en la farinje, en el esófago y en el estómago, ó reblandecimientos de la mucosa de estos órganos; debiendo notarse que estas complicaciones parecen menos frecuentes en los niños que en los adultos. El hígado algunas veces es poco voluminoso y se halla reblandecido; pero jeneralmente está sano ó simplemente conjestionado. Los órganos jénito-urinarios se hallan intactos. Por fin el peritoneo no se halla afectado de una manera notable sino en casos de perforacion, y entonces presenta todos los señales de una inflamacion muy aguda.

El elemento catarral ocasiona complicaciones de las cuales se encuentran tambien señales en el cadáver; y asi se observan algunas veces úlceras en la entrada ó aun en la cavidad de la larinje; y en el pulmon lesiones inflamatorias que varian mucho desde un simple atragantamiento hasta una hepatizacion roja ó gris. Estas pneumonias, consideradas bajo el punto de vista anatómico, se diferencian de las francas regulares por ciertos caractéres que las asemejan mas á las lobulillares, tales como la presencia del elemento bronquial ó catarral, el aspecto algunas veces diseminado de la estrangulacion ó hepatizacion, la falta de límites bien marcados entre las partes enfermas y las sanas, aun en los casos en qué la flegmasia parece lobular, etc. Si la forma lobulillar no se halla tan manifiesta como en las pneumonias morbilosas, por ejemplo, es porque el elemento catarral no constituye su única causa próxima, á la cual se añade la hipostasis sanguínea que obra en todas las partes declives del cuerpo, y parece uno de los efectos mas esencialmente ligados á la naturaleza de la calentura tifoídea; hipostasis que, en el pulmon, dá á su inflamacion una forma difusa.

En el sistema nervioso es en el qué se encuentran menos lesiones propias para esplicar los síntomas; y sin embargo no puede dudarse la existencia de un elemento encefálico en las calenturas tifoídeas. Los centros nerviosos las mas de las veces se presentan en un estado completamente normal, ó bien solo se nota en ellos algunos puntos sanguíneos, ó un reblandecimiento lijero; las meninjes raras veces se hallan injectadas, y en algunos casos es un poco abundante y lijeramente opaca, lo mismo que la aracnoídea, la serosidad que se halla debajo de esta; siendo muy raro el que estas lesiones lleguen al grado que indica una verdadera inflamacion.

Las lesiones del aparato circulatorio no son constantes ni características. El corazon presenta algunas veces un reblandecimiento notable, y su membrana interna, lo mismo que la de los vasos mayores, se embebe fácilmente de la sangre que contienen. La sangre es á menudo negra y difluente y está formada por coágulos pequeños y sin consistencia. Las investigaciones de Andral y Gavarret han demostrado que la sangre tiene menos fibrina y suero, carácter que bastaria por sí solo para diferenciar radicalmente la calentura tifoídea de las enfermedades francamente inflamatorias.

Causas. Esta enfermedad es muy rara antes de los tres ó cuatro años; sin embargo se ha observado antes de esta época, y aun se ha dicho que puede ser conjénita; pero los casos que hasta ahora se han citado en favor de esta opinion son muy poco numerosos: no obstante puede admitirse *á priori* la posibilidad de este hecho, recordando que se han visto nacer niños con las viruelas, hallándose sus madres afectadas de esta enfermedad durante el parto, ó bien perfectamente sanas. De uno á quince años la enfermedad vá aumentando de frecuencia, siguiendo una progresion bastante regular; pero se nota que los dos períodos medios de la infancia es decir de cinco á ocho y de ocho á once años presentan pocas diferencias entre sí. Además la calentura tifoídea, en los niños como en los adultos, parece un poco mas frecuente en el sexo masculino, diferencia que se nota mas en los hospitales que en las casas particulares. El temperamento y la constitucion predisponen indiferentemente á ella; y la influencia de las estaciones es seguramente muy grande pero sumamente variable; de manera que en un año es mas frecuente en verano, en otros en la primavera, etc., y acerca este particular nada se nota de especial á la infancia.

El estudio de la enfermedad que nos ocupa en esta edad proporciona motivos para creer que la influencia del clima y de algunas otras causas hijiénicas no es muy sensible y que la han exajerado probablemente algunos médicos con respecto á los adultos: no pretendemos negar que estas causas obran algunas veces como predisponentes ú ocasionales; pero raras veces son eficientes. Nuestras investigaciones, conformes con las de M. Taupin, nos han dado resultados jeneralmente negativos con respecto á la accion de las afecciones morales tristes, de un mal réjimen alimenticio, de la insuficiencia de los vestidos, de la falta de limpieza, de las profesiones, del enfriamiento, de la denticion, de la mansturbacion, de los vermes, de las supresiones de algun flujo y de las demás enfermedades: todas estas circunstancias no tienen mas parte en la produccion de la dotinenteria que en la de las viruelas y de las demás calenturas eruptivas; y sin embargo es positivo que todo lo que tiende á deteriorar la constitucion, á empobrecer la sangre, y á debilitar las facultades dijestivas puede hacer que la enfermedad sea mas grave.

Con respecto al contajio en la infancia no se encuentran mas hechos propios que en las demás edades para resolver las cuestiones á que ha dado lugar; es sabido que en ciertas localidades, en los pequeños pueblos, y en las ciudades ó villas pequeñas, por ejemplo, los hechos parecen ser á favor de los contajionistas; al paso que en las grandes ciudades y mayormente en los hospitales militan en favor de la opinion contraria. No entraremos en esta cuestion, limitándonos á indicar que, en vista de nuestras observaciones, creemos que en algunos casos se desarrolla verdaderamente por contajio; pero, seguramente, esta propiedad contajiosa no es tan manifiesta como en las demás calenturas exantemáticas, y su accion no es indispensable para la produccion de la calentura tifoídea.

Síntomas. Anuncian la enfermedad algunos pródromos que se parecen á los de las afecciones agudas en jeneral, y que muy á menudo presentan la mayor analojía con los de las calenturas eruptivas. Los mas notables son: una sensacion de cansancio y de lasitud espontánea, alternativas de calofríos y calor, mal estar jeneral, dolores vagos, inaptitud para el trabajo físico é intelectual, insomnio ó ajitacion durante el sueño, dolor ó pesadez de cabeza, anorexia, sed, un poco de incomodidad en la garganta, alguna perturbacion en las funciones dijestivas, etc. En mas de la mitad de los casos, en los niños, los pródromos duran unos ocho dias; pero á menudo duran mucho menos y la invasion es mas ó menos pronta.

Cuando todos estos síntomas se hacen mas manifiestos y se establece un estado febril continuo, marcado particularmente por el calor permanente de la piel, el enfermo entra definiti-

vamente en el primer período de la enfermedad que se halla ya declarada, y vá progresando. Este período corresponde al de erupcion de las calenturas exantemáticas, y mayormente al de las viruelas, del cual se diferencia solamente en que la calentura no aparece en este momento. Està caracterizado por la anorexia y la sed que van aumentando progresivamente, por la irritacion de la garganta, algunas veces por los vómitos, por la aparicion de la diarrea, de los dolores abdominales, por el estado pegajoso de la boca, la rubicundez y el aspecto saburral de la lengua. La calentura es mas ó menos intensa, de tipo continuo y algunas veces remitente; la cefalaljia es mas incómoda sin ser muy violenta; el enfermo tiene vértigos luego que quiere sentarse ó ponerse en pié, por la noche no duerme pero tiene ensueños é ilusiones de la vista; la cara se pone vultuosa y empieza á adquirir un aspecto de estupor y á perder su espresion fisiolójica; en los movimientos y contestaciones se observa ya una notable lentitud, y á menudo sobrevienen epistaxis. A medida que el mal vá progresando, se van aumentando todos estos síntomas; la diarrea persiste, empieza á manifestarse el meteorismo abdominal, y son todavía raros los borborismos; el pulso está desarrollado y frecuente; la piel caliente, ardiente y seca; rarísimas veces hay sudores y si los hay son pasajeros. En algunos casos aparecen ya en este período la erupcion rosada lenticular, el delirio, la tos y los estertores que indican el catarro bronquial: la orina, poco abundante, es de un color rojo obscuro. Rarísimas veces sobreviene la muerte durante este período, que dura un septenario á corta diferencia.

En el segundo período ó *de estado*, desaparece la cefalaljia ó á lo menos no la aquejan los enfermos; pero se aumentan de intensidad todos los otros síntomas que dependen del elemento nervioso: á un estado jeneral de postracion y adinamia, se añade el estupor profundo de la cara; el sopor alternando con el delirio, dominando el primero durante el dia y el segundo por la noche; los sentidos se vuelven obtusos, la audicion es dura ó aun abolida; es difícil la articulacion de los sonidos; están muy abatidas las fuerzas musculares; la posicion es constantemente supina; la vejiga se paraliza; hay subsultos de tendones, movimientos convulsivos y la carfolojia;

algunas veces el delirio es furioso, hay ajitacion y en una palabra un estado atáxico que alterna con el adinámico y el sopor. En medio de todos estos accidentes persiste la diarrea; las evacuaciones mas ó menos abundantes se vuelven á menudo involuntarias y desapercibidas; la boca se seca, lo mismo que la lengua y los labios, y todas estas partes se vuelven fulijinosas. La deglucion puede ser difícil, ya por una disfajia nervosa, ya por una inflamacion de la garganta y de la epiglotis; el enfermo bebe con alguna ansia; el abdómen, siempre caliente, se meteoriza; el dolor es obscuro en él, y son mas evidentes los borborismos, mayormente en la rejion correspondiente al ciego. La tos y la difnea algunas veces se vuelven considerables, á pesar de que los signos físicos anuncian solamente un estado catarral de los bronquios; el pulso permanece frecuente, pero empieza á perder su fuerza y desarrollo, y la piel está siempre seca y caliente. En el principio de este período aparecen las manchas rosadas lenticulares; un poco mas tarde se manifiestan las de la *sudamina* y algunas veces petequias y cardenales en la piel; y por fin se forman ya algunas escaras sobre el sacro y en las partes del cuerpo que están declives ó algo comprimidas.

El tercer período es diferente segun que la enfermedad se incline á la curacion ó á la muerte. En el último caso el enfermo se pone comatoso, se hacen continuos los subsultos de tendones, se pierden todas las funciones intelectuales, los sentidos se hallan casi desvanecidos; el pulso se vuelve pequeño, débil y estremamente frecuente; la piel pierde su calor pero permanece árida; sobrevienen sudores frios y viscosos; á menudo hay incontinencia completa de las materias fecales, y de orina por rebosadura, se van estendiendo las escaras, sobreviene el marasmo, la cara se vuelve hipocrática; por fin la respiracion se hace difícil por falta de inervacion en el sistema locomotor del pecho, se vuelve estertorosa y acaba con la muerte. En el caso contrario va anunciando la terminacion feliz la disminucion de todos los síntomas, que regularmente es lenta y gradual, y solamente es un poco pronta cuando sobrevienen fenómenos críticos. El coma y el sopor se desvanecen; la fisonomía vuelve á adquirir un poco de espresion; se anima la vista; el oido es menos duro, y se va resta-

bleciendo el ejercicio de los sentidos; el enfermo recobra pronto la palabra, y aunque indique sus ideas con lentitud, se nota que no habla fuera de razon; las fuerzas musculares tardan mas en restablecerse; pero la debilidad que entonces existe no se asemeja á la adinamia primitiva, pues parece resultante simplemente de un agotamiento de aquellas y no de una perturbacion de la inervacion; la calentura se disminuye; la piel se vuelve fresca y húmeda; la respiracion es natural, y desaparece la tos; la lengua y la boca se humedecen; se desvanecen el meteorismo y el calor del abdómen, al mismo tiempo que las evacuaciones alvinas, vueltas ya voluntarias, disminuyen en abundancia y en fetidez, y por fin se suspenden. La restitucion del apetito anuncia pronto que está decidida la convalecencia; pero esta no es siempre franca, y muchas veces la suspenden nuevos accidentes. Son muy comunes las indijestiones dependientes de la imprudencia, cuando se ha restablecido el apetito rápidamente, y hacen reaparecer la diarrea que, algunas veces se hace rebelde á los medios mejor indicados y ocasiona la muerte: algunos sujetos no pueden comer aun moderadamente sin que reaparezca la diarrea ó la calentura, lo que les obliga á seguir la dieta durante algun tiempo; asi como en otros enfermos la prolongacion de la dieta retarda la convalecencia. Bastante á menudo se observa el edema de los miembros inferiores, fenómeno poco importante y frecuente en muchas otras enfermedades. Algunas veces á pesar de la desaparicion de todos los demás síntomas sobreviene una especie de manía ó de perturbacion de las facultades intelectuales; pero estos accidentes ceden regularmente á medida que se van restableciendo las fuerzas; y por fin es muy frecuente la caida de los cabellos en la convalecencia.

Algunas veces, como lo hemos indicado, coincide la mejora con la aparicion de algunos síntomas nuevos que, por lo mismo, se han considerado como críticos; asi en algunos casos raros en que ha habido constipacion durante los dos primeros períodos, sobreviene la diarrea; ó bien coinciden con la declinacion del mal sudores abundantes, poluciones, otorreas, parótidas, abscesos, etc., y los antiguos no dudaron en considerarlas como verdaderas crises.

Es evidente que la pintura que acabamos de hacer de la en-

fermedad que nos ocupa, no es aplicable á todos los casos, sino principalmente á aquellos en qué el mal ofrece alguna intensidad, sin dejar sin embargo de ser simple. En algunos casos de dotinenteria lijera, siendo poco estenso el exantema intestinal, las perturbaciones dijestivas son poco intensas, y los síntomas jenerales apenas aparentes: entonces casi no se notan sino algunos de los pródromos y de los síntomas del primer período y luego que se ha desvanecido la erupcion intestinal, ya se ulceren ó no las manchas, se efectúa su curacion sin haber ocasionado perturbaciones notables en la economía. Por otra parte es evidente que á causa de las frecuentes y numerosas complicaciones de la calentura tifoídea, se notan en ella importantes modificaciones que indicaremos mas adelante.

Los principales síntomas de esta afeccion presentan algunas diferencias especiales á la infancia; asi hay en ella mayor dificultad de deglutir acompañada de tos convulsiva y de la espulsion de los líquidos por las narices; disfajia que por lo regular es puramente nervosa, y no se observa sino en los casos graves; los vómitos en el principio del mal son mucho mas frecuentes en los niños que en el adulto, pues en aquellos se observan muy á menudo; la diarrea casi siempre es constante con poca diferencia en todo el curso de la afeccion, pero en el principio está mas á menudo reemplazada por la constipacion en los niños que en el adulto; lo que sucede en la proporcion de una cuarta parte de los casos en jeneral: con mas frecuencia tambien que en las demás edades, se suspende la diarrea y reaparece muchas veces; siendo en pocas casi continua, como sucede en el adulto; por lo regular está formada por materiales fétidos, ora amarillos, ora morenos, ora verdosos, y por fin en los casos mas graves las evacuaciones son involuntarias (en una quinta ó sexta parte de los casos); conviene investigar el grado de impotencia en qué se halla el enfermo para retener sus escreciones, porque indica el estado de sus fuerzas y de sus facultades intelectuales (Taupin). raras veces las evacuaciones son sanguinolentas. Jeneralmente hablando son muy manifiestos y no faltan casi nunca en los niños el meteorismo, los dolores abdominales, sobre todo en el principio, los borborismos y la hinchazon del bazo. La retencion de orina es poco comun en ellos, y si la orina se acu-

mula en la vejiga casi nunca es en muy grande cantidad, y se evacúa pronto por rebosadura; y por lo mismo rarísimas veces es necesario el cateterismo. En muy pocos casos faltan y solo cuando son lijeros el catarro bronquial y los síntomas que lo acompañan: le caracterizan la tos, la difnea y los mismos estertores que en el adulto; pero es mas rara la espectoracion, siendo los señales físicos los que lo hacen conocer mejor; pues que la tos y la difnea pueden observarse en ciertos períodos del mal sin que haya aquel catarro. Estos fenómenos, como muchos otros, pueden ser efecto de una simple perturbacion de inervacion. Con respecto á la calentura se notan pocas diferencias. La cefalaljia es á poca diferencia constante, como tambien los vértigos, el sopor, el delirio y los demás síntomas procedentes de los centros nerviosos, en todos los casos graves; pero hemos notado, como M. Rilliet, que el sopor por lo comun no es tan profundo como parece, de modo que se saca mas fácilmente de él á los niños que á los adultos. Son frecuentes en aquellos los subsultos de tendones y algunas veces hay convulsiones tónicas en diferentes órganos y mas raramente la carfolojia, el rechinamiento de dientes y la accion de mascar. En muchos de ellos la adinamia es mas aparente que real, ó por lo menos luego que empieza la convalecencia se adquieren las fuerzas con mayor rapidez. « Es digno de notarse, dice con razon M. Stœber, que en una edad en que es tan impresionable el sistema nervioso y en la cual algunas veces las afecciones mas sencillas van acompañadas de movimientos convulsivos, son menos intensos los síntomas nerviosos de la afeccion tifoídea que en el adulto. » Es tambien mucho mas rara en aquella la epistaxis, y casi siempre se encuentra la erupcion de las manchas rosáceas lenticulares y de sudamina en gran número: en algunos casos las manchas lenticulares se encuentran solamente en la rejion dorsal ó en los miembros, y si no se examina con atencion al enfermo todos los dias, puede creerse, sin razon, que falta este síntoma, que es uno de los mas importantes como señal de esta enfermedad; circunstancia que, á nuestro parecer, habrá sido la causa de qué algunos médicos han dicho que estas manchas son mas raras en los niños. No nos han parecido en ellos mas comunes que en el adulto algunas erupciones

anómalas, ya sean eritematosas ó vesiculares, ya hemorrájicas.

Si se admiten, con Chomel, en la calentura tifoídea las formas *inflamatoria, biliosa, mucosa, nerviosa*, y *adinámica*, debe decirse que en la infancia es muy rara la forma biliosa, y mas frecuentes que las demás la inflamatoria y la mucosa. La division anatómica admitida por M. Littré, sino es preferible en su fondo, por lo menos es aplicable mas fácilmente; y por consiguiente pueden admitirse con él las formas *abdominal, torácica* y *cerebral*, segun preponderen los síntomas procedentes de los órganos contenidos en alguna de estas cavidades. En los niños son muy raras estas formas como esclusivas, y en los mas de los casos parecen afectados casi en el mismo grado los órganos de todas estas tres cavidades, y la forma mas frecuente es una de *mixta* ó *trisplácnica*, caracterizada por una especie de equilibrio entre los tres principales elementos de la enfermedad: por consiguiente la dotinenteria se presenta á menudo en la infancia bajo su tipo mas completo.

Complicaciones. Son muy raras en la niñez, y muchas de ellas tienen muy poca conexion con la calentura tifoídea y se encuentran con preferencia en los hospitales, porque los enfermos, durante la convalecencia, se hallan en ellos mas sujetos á las recaidas ó á contraer nuevas afecciones, las cuales son entonces mas bien simples coincidencias que verdaderas complicaciones. Por consiguiente solo debemos hablar de algunas que vamos á examinar.

Las hemorrajias intestinales rarísimas veces complican la calentura tifoídea de los niños: en mas de 200 casos de ella que hemos compulsado, en uno solamente se ha observado esta hemorrajia. Al contrario es mucho mas frecuente en ellos que en los adultos el esceso de inflamacion gastro-intestinal, que se conoce por la frecuencia de los vómitos, por la mayor intensidad de los dolores epigástricos ó abdominales, por el meteorismo, la tension y el calor del abdómen, que se hallan en mayor grado cuando hay esceso de flógosis, cuyo conocimiento es importante para la práctica. Todavía es indecisa la cuestion de la frecuencia de las perforaciones dotinentéricas en la infancia, con respecto á las demás edades; pero por lo que toca á los síntomas y á la marcha de esta complicacion han presentado la mayor analojía en dos casos de esta especie que hemos observado en dos niños uno